

ORDIN nr. 867/541/2011

privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

EMITENT

- **MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**
- **Nr. 867 din 31 mai 2011**
- **CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**
- **Nr. 541 din 31 mai 2011**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011**

Data intrării în vigoare 01-06-2011

Formă consolidată valabilă la data 09-07-2021

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 09-07-2021 până la data de 30-06-2024

Notă CTCE

Forma consolidată a [ORDINULUI nr. 867/541/2011](#), publicat în Monitorul Oficial nr. 385 din 1 iunie 2011, la data de 09 Iulie 2021 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: [ORDINUL nr. 1.777 din 29 decembrie 2011](#); [ORDINUL nr. 673 din 29 iunie 2012](#); [ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014](#); [ORDINUL nr. 456/842/2018](#); [ORDINUL nr. 1.154/645/2021](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Notă

Pct. 4 al [art. I din ORDINUL nr. 673 din 29 iunie 2012](#), prevede:

«În tot cuprinsul ordinului, sintagma "cod numeric personal" se înlocuiește cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz".»

Reproducem mai jos prevederile [art. II-III din ORDINUL nr. 456/842/2018](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 337 din 17 aprilie 2012:

Articolul II

Până la tipărirea formularului de bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice/bilet de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în formatul prevăzut în [anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 867/541/2011](#), cu modificările și completările ulterioare, precum și cu modificările și completările aduse prin prezentul ordin, și achiziționarea acestora de către furnizorii de servicii medicale, se utilizează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice/bilet de internare - formulare cu regim special, în formatul aprobat anterior intrării în vigoare a prezentului ordin, până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 30 iunie 2018 inclusiv.

Articolul III

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna aprilie 2018. Conform [art. II din ORDINUL nr. 1.154/645/2021](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 9 iulie 2021, prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna iulie 2021.

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.290 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2062 din 31 mai 2011;
- [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările ulterioare, în temeiul dispozițiilor [art. 7 alin. \(4\) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale [art. 281 alin. \(2\) din Legea nr. 95/2006](#), cu modificările și completările ulterioare, și ale [art. 17 alin. \(5\) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate](#), aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 972/2006](#), cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Articolul 1

Se aprobă modelul unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, ca imprimat cu regim special, în baza căruia se recomandă specialitatea clinică din ambulatoriu sau din unitatea sanitară cu paturi ori din unitatea sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, căreia urmează să i se adreseze pacientul pentru a primi servicii medicale decontate de către casele de asigurări de sănătate, prevăzut în [anexa nr. 1](#).

Articolul 2

Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înserierea și numerotarea formularelor biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletelor de internare, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în [anexa nr. 1](#).

Articolul 3

(1) Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prevăzute în [anexa nr. 2](#).

(2) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la [alin. \(1\)](#) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) [Anexa nr. 3](#) cuprinde Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European, Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente.

La data de 09-07-2021 Alineatul (3) din Articolul 3 a fost modificat de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

Articolul 4

[Anexele nr. 1-3](#) fac parte integrantă din prezentul ordin.

Articolul 5

(1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu 1 iunie 2011, dată la care se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 384/413/2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 214 din 2 aprilie 2009, cu modificările ulterioare.

(2) Formularele pentru servicii medicale clinice/biletului de internare, în formatul aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 384/413/2009, cu modificările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011.

Notă

[Art. II și III din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014 prevăd:

Articolul II
Formularele biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/de internare în formatul aprobat prin [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 867/541/2011](#) privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările ulterioare, anterior intrării în vigoare a prezentului ordin, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 31 august 2014 inclusiv.

Articolul III

Până la tipărirea formularelor biletelor de trimitere/internare în formatul prevăzut de [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 867/541/2011](#), cu modificările ulterioare, precum și cu modificările aduse prin prezentul ordin, și achiziționarea acestora de către furnizorii de servicii medicale se utilizează formularele biletelor de trimitere/internare în formatul aprobat anterior intrării în vigoare a prezentului ordin (dar nu mai târziu de 31 august 2014, inclusiv), respectiv biletul de trimitere /de internare este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) și 2 (roz) rămân în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul alb (originalul) pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia."

Ministrul sănătății,

Cseke Attila

Președintele Casei Naționale

de Asigurări de Sănătate,

Nicolae-Lucian Duță

Anexa nr. 1

Bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice/Bilet de internare utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Cod de bare

Serie Nr.

1. Către specialitatea clinică:

2. Unitate medicală		Nivel de prioritate
	☐ MF	
CUI		
	☐ Amb.	
Sediu (localitate, str., nr.)	Spec.	☐ Urgență ☐
Județul	☐ Unitate sanitară	
Casa de asigurări	cu paturi	☐ Curente ☐
Nr. contract/Convenție	☐ Altele	

3. Date identificare pacient

Asigurat la CAS/Neasigurat ... RC:....	☐ Salariat	☐ Veteran
	☐ Co-asigurat	
Nume	☐ Liber profesionist	☐ Revoluționar
	☐ Copil (< 18 ani)	☐ Handicap
Prenume		
Adresa	☐ Elev/Ucenic/ Student	☐ PNS
.....	(18 - 26 ani)	☐ Ajutor social
		☐ Șomaj
CID _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐ Gravidă/Lăuză	☐ Personal contractual
CNP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
CE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
PASS	☐ Pensionar	☐ Card european (CE)
Cetățenia	☐ Alte categorii	☐ Acorduri internaționale
Beneficiar	☐ Pachet de bază ☐	☐ Pachet minimal ☐

4. Diagnostic prezumtiv/diagnostic:

Cod diagnostic prezumtiv/diagnostic |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

T i p diagnostic	P	A	C	M
	[] []	/S []	[]	[]

Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune []

.....

6. Motivul trimiterii către alte specialități clinice/în vederea internării:

Acut/Subacut/Acutizări
ale bolilor cronice

10. Se internează în unitatea sanitară cu paturi secția:

...../...../..... Cod parafă | | | | | | | L.S.

Anexa nr. 2

privind utilizarea și modul de completare a biletului
de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului
de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale
de sănătate

1. Recomandarea pentru servicii medicale clinice/în vederea internării în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, atunci când este cazul, se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de servicii medicale clinice/în vederea internării în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru servicii medicale clinice/Biletul de internare în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, denumit în continuare bilet de trimitere/de internare, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia.

Biletul de trimitere/de internare se completează și de către medicii din unitățile sanitare cu paturi pentru pacienții spitalizați care necesită, la externare, recomandare pentru servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, respectiv servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și de recuperare medicală în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

La data de 09-07-2021 Al doilea paragraf al pct. 2 de la lit. A din Anexa nr. 2 a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

3. Se interzic:

– emiterea biletelor de trimitere/de internare de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

– emiterea de către unitățile sanitare cu paturi a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru servicii medicale contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către respectiva unitate sanitară cu paturi, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Serviciile medicale clinice/spitalicești se pot efectua de către orice furnizor de servicii medicale clinice /spitalicești aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea formularelor biletelor de trimitere/de internare, în sistemul de asigurări sociale de sănătate

1. Biletul de trimitere/de internare este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă pacientului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul alb (originalul) pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La data de 01-06-2014 Pct. 1 de la lit. B din anexa nr. 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere/de internare există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimului bilet de trimitere/de internare se va preciza: "Acest carnet conține... file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate."

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care are dreptul de a trimite pacientul către alte specialități sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, și care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere/de internare distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale sau cu care au încheiat convenție;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere/de internare se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere /de internare, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale cu mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite pacientul către alte specialități clinice sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere/de internare returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere/de internare emise pacienților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere/de internare emis.0

La data de 01-06-2014 Pct. 4 de la lit. B din anexa nr. 2 a fost modificat de pct. 8 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor biletelor de trimitere/de internare utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Formularele biletelor de trimitere/de internare se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

Cod de bare

Formularele cu regim special - biletele de trimitere/de internare vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 - «Către specialitatea clinică»:

– se va menționa specialitatea clinică către care este îndrumat pacientul pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării, atunci când este cazul.

În situația în care pacientului îi sunt recomandate servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu de specialitate sau servicii de acupunctură în ambulatoriu de specialitate, se va specifica «îngrijiri paliative în ambulatoriu», respectiv «acupunctură», după caz.

În situația în care pacientul este îndrumat în vederea internării, se va specifica specialitatea clinică către care este îndrumat și se va adăuga sintagma «- internare».

În situația în care pacientul este îndrumat în vederea internării într-o secție de îngrijiri paliative, se va specifica «îngrijiri paliative - internare».

La data de 17-04-2018 Câmpul 1 de la lit. C din anexa nr. 2 a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 456 din 5 aprilie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 334 din 17 aprilie 2018

Câmpul 2 - "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat contract /convenție, numărul contractului de furnizare de servicii medicale/convenției în baza căruia/căreia medicul care efectuează trimitează prestează serviciul. Se poate aplica și codul de bare aferent numărului contractului /convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu "x" categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

– "MF" pentru furnizorii de servicii de asistență medicală primară;

– "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere/de internare pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

– "Unitate sanitară cu paturi" pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv pentru cei autorizați de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, respectiv pentru centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

– "Altele" pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere/de internare în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora;

c) "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al serviciilor medicale clinice recomandate sau al recomandării de internare.

Câmpul 3 - "Date de identificare pacient":

a) "Asigurat la CAS/Neasigurat"

– dacă pacientul este asigurat, se va tăia cu o linie "Neasigurat" și se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

– dacă pacientul este neasigurat, se va tăia cu o linie "Asigurat la CAS";

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);

c) se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

– se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

– se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

– se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

– se bifează categoria "Copil (< 18 ani)" pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);

– se bifează categoria «Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)» pentru toate persoanele de la 18 la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenții, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4-6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;

La data de 09-07-2021 A 5-a liniuță de la lit. c), câmpul 3, lit. C, Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

– se bifează căsuța "Gravidă/Lăuză" numai pentru femeile gravide și lăuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lăuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

La data de 09-07-2021 sintagma: Lehuză a fost înlocuită de [Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021](#)

La data de 09-07-2021 sintagma: lehuze a fost înlocuită de [Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021](#)

– se bifează căsuța «Pensionar» pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie

La data de 17-04-2018 A 7-a liniuță de la lit. c), câmpul 3, lit. C anexa nr. 2 a fost modificată de [Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 456 din 5 aprilie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 334 din 17 aprilie 2018](#)

– se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale;

– se bifează căsuța «PNS» și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni;

La data de 09-07-2021 A 9-a liniuță de la lit. c), câmpul 3, lit. C, Anexa nr. 2 a fost modificată de [Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021](#)

– se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit [Legii nr. 416/2001](#) privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

– se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;

– se bifează căsuța "Personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor [art. 24 alin. \(1\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2004](#) privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

– se bifează căsuța «Card european (CE)» pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;

La data de 09-07-2021 A 13-a liniuță de la lit. c), câmpul 3, lit. C, Anexa nr. 2 a fost modificată de [Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021](#)

– se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

– la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 1, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale ([Legea nr. 309/2002](#) privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, [Decretul-lege nr. 118/1990](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, [Legea nr. 51/1993](#) privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare, [Ordonanța Guvernului nr. 105/1999](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 189/2000](#) , cu modificările și completările ulterioare);

- cifra 2, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;

La data de 03-07-2012 Ultima liniuță de la lit. c), câmpul 3, lit. C din anexa nr. 2 a fost modificată de [pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 673 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 441 din 3 iulie 2012.](#)

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele și adresa completă);

e) câmpul «CID/CNP, CE, PASS» corespunde codului numeric personal al pacientului/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

– pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, codul numeric personal al pacientului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe. Se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

– pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord se vor completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883 /2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul 8 de pe acesta) pentru titularii de card european;

– pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

La data de 09-07-2021 Lit. e) a câmpului 3, lit. C din Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

f) se va bifa cu "x" căsuța "Pachet de bază" sau "Pachet minimal", în funcție de tipul de asigurare a beneficiarului.

La data de 01-06-2014 Lit. f) a câmpului 3, lit. C din anexa nr. 2 a fost modificată de pct. 11 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

Câmpul 4:

– "Diagnostic prezumtiv": - se vor completa denumirea în clar a diagnosticului prezumtiv, precum și căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului prezumtiv pentru care se recomandă trimiterea pentru servicii medicale clinice/internare, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

În biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, prin care se recomandă servicii medicale clinice, codul de diagnostic completat va fi 999.

– Tip diagnostic:

(i) se va bifa cu «x»: căsuța P pentru servicii medicale clinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în programele naționale de sănătate; căsuța A/S pentru servicii medicale clinice pentru afecțiunile acute/subacute/acuteizări ale bolilor cronice; căsuța C pentru servicii medicale clinice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate; căsuța M pentru efectuarea de servicii medicale clinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi; - pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază (cod de diagnostic 999), prin care se recomandă servicii medicale clinice, nu se completează niciuna dintre căsuțele de la câmpul «tip diagnostic».

La data de 09-07-2021 A doua liniuță din câmpul 4, lit. C din Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

– se bifează căsuța «Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune» dacă la nivelul furnizorului există documente doveditoare pentru cazurile respective astfel:

– se notează cifra 1 pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă;

– se notează cifra 2 pentru cazurile care reprezintă boli profesionale;

– se notează cifra 3 pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane.

La data de 09-07-2021 A șasea liniuță din câmpul 4, lit. C din Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

La data de 01-06-2014 Câmpul 4 de la lit. C din anexa nr. 2 a fost modificat de pct. 12 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

Câmpul 5 - "Alte diagnostice cunoscute":

– se vor completa denumirile acestor diagnostice în clar, precum și căsuțele destinate codurilor de diagnostice corespunzătoare diagnosticelor cunoscute, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;

La data de 01-06-2014 Câmpul 5 de la lit. C din anexa nr. 2 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

Câmpul 6 - "Motivul trimerii către alte specialități clinice/în vederea internării":

– medicul care trimite pacientul va completa motivele trimerii pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării - scurt istoric al bolii prezumate, antecedente;

Câmpul 7 - "Investigații și tratamente efectuate":

– se va completa de către medicul care trimite pacientul;

- rezultatul investigațiilor efectuate va fi scris lizibil și/sau va fi atașat biletului de trimitere/de internare; se va completa și data la care acestea au fost efectuate;
- se completează tratamentele efectuate sau în curs de efectuare, pentru afecțiunea pentru care a fost trimis și/sau pentru altele concomitente.

Câmpul 8 - "Numărul de consultații acordate":

- în căsuță se va completa numărul de consultații acordate pentru același episod de boală acută/subacută/acuteizări ale bolilor cronice.

În situația în care medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice consideră necesară trimiterea asiguratului către un alt medic de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acesta va completa în căsuță numărul total de consultații acordate de către acesta, cumulativ după caz cu numărul de consultații anterior acordate de către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic, astfel încât medicul primitor să cunoască numărul de consultații pe care îl mai poate acorda asiguratului respectiv. Numărul de consultații anterioare este cel înscris în biletul de trimitere cu care s-a prezentat asiguratul la medicul de specialitate respectiv.

Numărul maxim de consultații ce se pot acorda pentru un episod de boală acută/subacută/acuteizări ale bolilor cronice la nivelul ambulatoriului de specialitate pentru specialitățile clinice este cel prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

La data de 01-06-2014 Câmpul 8 de la lit. C din anexa nr. 2 a fost modificat de pct. 14 al art. I din ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014.

Câmpul 9 - "Data trimiterii":

- se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea serviciilor medicale clinice/în vederea internării;
- «Semnătura medicului/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere/de internare și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia. Se poate aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

La data de 17-04-2018 A doua liniuță, câmpul 9, lit C din Anexa 2 a fost modificată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 456 din 5 aprilie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 334 din 17 aprilie 2018

Câmpul 10 - "Se internează la unitatea sanitară cu paturi secția":

- se va completa de către medicul de gardă al secției/unității sanitare cu paturi unde a fost internat pacientul, cu specificarea în totalitate și în clar a denumirii unității sanitare cu paturi și a secției/compartimentului.

Câmpul 11 - "Motivul pentru care nu a fost necesară internarea și recomandări la domiciliu":

- se va completa de către medicul de gardă al secției/unității sanitare cu paturi unde a fost examinat pacientul, cu specificarea motivului/motivelor pentru care nu a fost internat pacientul;
- se vor completa de către medicul de gardă recomandările cu care se trimite pacientul la domiciliu.

Câmpul 12 - "Data prezentării și semnătura pacientului":

- se va completa de către medicul din ambulatoriu/medicul din unitatea sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi/medicul de gardă data la care pacientul s-a prezentat la furnizorul de servicii medicale;
- se execută semnătura beneficiarului biletului de trimitere/de internare;

- «Semnătura medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/a medicului de gardă al secției/unității sanitare cu paturi/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/medicul de gardă care examinează pacientul și decide internarea sau recomandă tratament la domiciliu și se aplică parafa, codul corespunzător acestuia.

La data de 17-04-2018 A treia liniuță, câmpul 12, lit C din Anexa 2 a fost modificată de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 456 din 5 aprilie 2018, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 334 din 17 aprilie 2018

Anexa nr. 3

LISTA

abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European, Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente

La data de 09-07-2021 Titlul Anexei nr. 3 a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 1.154 din 7 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 683 din 09 iulie 2021

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări	Acord internațional
-------------	-----------------	----------------------------	---------------------

		de sănătate	
AF	Afganistan	NU	NU
ZA	Africa de Sud	NU	NU
AL	Albania	NU	DA
DZ	Algeria	NU	DA
AD	Andorra	NU	NU
AO	Angola	NU	NU
AI	Anguilla	NU	NU
AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
AN	Antilele Olandeze (Bonaire)	NU	NU
AR	Argentina	NU	NU
AM	Armenia	NU	DA
AW	Aruba	NU	NU
SH	Teritoriile Britanice de peste Mări	NU	NU
AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	NU
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbados	NU	NU
BY	Belarus	NU	DA
BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia și Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU
BT	Bhutan	NU	NU
KH	Cambodgia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Insulele Canare	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KY	Insulele Cayman	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU
CF	Republica Centrafricană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CY	Cipru	DA	NU
CI	Cote d'Ivoire	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Mayotte	NU	NU
PM	Saint Pierre și Miquelon	NU	NU
KM	Uniunea Comorelor	NU	NU
CD	Republica Democrată Congo	NU	NU
CG	Republica Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	DA
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	DA	NU

CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibouti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	NU
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	DA	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Eritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fiji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU
FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU
GP	Guadelupa	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guineea	NU	NU
GW	Guineea-Bissau	NU	NU
GQ	Guineea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU
GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
IN	India	NU	DA
ID	Indonezia	NU	NU
CK	Insulele Cook	NU	NU
FK	Insulele Falkland (Malvine)	NU	NU
FO	Insulele Feroe	NU	NU
MP	Insulele Mariane	NU	NU
SB	Insulele Solomon	NU	NU
VG	Insulele Virgine Britanice	NU	NU
VI	Insulele Virgine SUA	NU	NU
WF	Insulele Wallis și Futuna	NU	NU
JO	Regatul Hașemit al Jordaniei	NU	DA
IR	Republica Islamică Iran	NU	NU
IQ	Irak	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
PS	Autoritatea Palestiniană	NU	NU
IT	Italia	DA	NU
JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenya	NU	NU

KG	Kârgâzstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuwait	NU	DA
LA	Laos	NU	NU
LS	Lesotho	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	NU
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	NU
LI	Liechtenstein	DA	NU
LT	Lituania	DA	NU
LU	Luxemburg	DA	NU
GB	Marea Britanie	DA	NU
MO	Macao	NU	NU
MK	Macedonia	NU	DA
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaysia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldiva	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	NU
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU
MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Montserrat	NU	NU
MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Insula Niue	NU	NU
NF	Insula Norfolk	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	NU
PW	Palau	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA
PH	Filipine	NU	NU
PN	Insulele Pitcairn, Henderson, Ducie și Oeno	NU	NU
PF	Polinezia Franceză	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU

PR	Puerto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Qatar	NU	NU
KP	Coreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RU	Rusia (Federație)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Arabia Saudită	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
RS	Serbia	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Federația Saint Kitts și Nevis	NU	NU
LC	Saint Lucia	NU	NU
VC	Saint Vincent și Grenadinele	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	DA
SK	Slovacia	DA	NU
SI	Slovenia	DA	NU
SO	Somalia	NU	NU
ES	Spania	DA	NU
LK	Sri Lanka	NU	NU
US	Statele Unite ale Americii	NU	NU
SD	Sudan	NU	NU
SE	Suedia	DA	NU
SR	Surinam	NU	NU
SZ	Swaziland	NU	NU
TJ	Tadjikistan	NU	NU
TH	Thailanda	NU	NU
TW	Taiwan	NU	NU
TZ	Tanzania	NU	NU
IO	Teritoriul Britanic din Oceanul Indian	NU	NU
TF	Teritoriile Australe și Antarctice Franceze	NU	NU
TG	Togo	NU	NU
TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	NU
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ucraina	NU	DA
HU	Ungaria	DA	NU
UY	Uruguay	NU	NU
UZ	Uzbekistan	NU	NU
VU	Vanuatu	NU	NU
VA	Vatican	NU	NU
VE	Venezuela	NU	NU
VN	Vietnam	NU	NU
YE	Yemen	NU	NU
ZM	Zambia	NU	NU

ZW	Zimbabwe	NU	NU
IL	Israel	NU	NU
ME	MunteNegru	NU	DA

Anexa nr. 3 a fost înlocuită cu anexa din [ORDINUL nr. 626 din 30 mai 2014](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 30 mai 2014, conform pct. 15 al art. I din același act normativ.
